

### Solicitud Pre-Escolar del Condado de Wayne

Año escolar que solicita: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de matrícula: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DEL NIÑO(A) Y LA FAMILIA

<b>Apellido del niño(a):</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>	
<b>Genero del niño(a):</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Nombre Preferido:</b>	
<b>Nombre de persona(s) que viven con el niño(a):</b>				<b>Parentesco con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b>					
<b>Dirección Postal: (si diferente)</b>					
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>		<b>Código Postal:</b>	
<b>Condado:</b>					
<b>Teléfono Principal:</b> <input type="checkbox"/> Casa    (    )    - <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager			<b>Teléfono alterno:</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje    (    )    - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager		
<b>¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Correo Electrónico:</b> _____			<b>¿Podemos comunicarnos con usted por mensaje texto?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Numero de Celular:</b> _____		

#### Información Médica

<b>Médico del niño(a):</b>		<b>Numero de oficina:</b>		<b>Dirección:</b>	
<b>Dentista del niño(a):</b>		<b>Teléfono de Oficina:</b>		<b>Dirección:</b>	
<b>Hospital que prefiere:</b>					
<b>¿Favor de indicar cual seguro recibe actualmente el niño?</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Ninguna					
<b>Si le aplique, favor de indicar el número del seguro:</b>					
<b>¿Cuál de los siguientes problemas o preocupaciones de salud están relacionados con este niño(a)?</b> <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Comportamiento <input type="checkbox"/> Débil Medicamente <input type="checkbox"/> Retraso de Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Salpullido <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas Crónicas de la Salud (Asma, Diabetes, Artritis, Obesidad) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significa de la salud <input type="checkbox"/> No entrenado/a para ir al baño <input type="checkbox"/> Otro – favor de explicar cualquier problema médico que ha indicado en la parte de arriba: _____ <b>Anote cualquier medicamento que el niño(a) este tomando actualmente:</b> _____ Se debe incluir un Plan de Acción para instruir al personal sobre cómo responder a emergencias médicas (incluyendo emergencias relacionadas con: convulsiones, reacciones alérgicas, diabetes, asma, etc.)					

#### CONTACTOS DE EMERGENCIA/INFORMACION DE ENTREGADA DEL NIÑO

Por favor anote contactos de emergencia y/o persona(s) a quien se le(s) puede entregar este niño(a) además de los padres/tutor(es)				
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono: (    )</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>
<b>3</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono: (    )</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono: (    )</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono: (    )</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> <i>Contacto</i>	<b>Nombre:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono: (    )</b>
	<input type="checkbox"/> <i>Entrega</i>	<b>Parentesco:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:    Código:</b>

En el evento de una emergencia, doy mi permiso al proveedor a asegurar cuidado médico de emergencia en el evento que no pueden hacer contacto con el médico familiar ni conmigo inmediatamente. Yo entiendo que cuidado médico de emergencia será obtenido de la sala de urgencias disponible (normalmente Wayne Memorial Hospital), sin tomar en cuenta la preferencia expresada del padre/tutor al proveedor.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL NIÑO Y FAMILIA

**Raza del niño(a):**  Negro /Afroamericano  Blanco  Indoamericano/Nativo de Alaska  Islas del Pacifico/ Hawaiano Nativo  Asían  
 Multi-Raza (favor de marcar cuadros individuales de raza)

**Raza de los Padres:**  Negro/Afroamericano  Blanco  Indoamericano/Nativo de Alaska  Islas del Pacifico/Hawaiano Nativo  Asían  
 Multi-Raza (favor de marcar las cajas individuales de raza )

**Etnicidad del Niño(a):**  Hispano o de Origen Latino (cubano, mexicano, puertorriqueño u otra Cultura/Origen Hispana)  
 Non-Hispano/Non-Origen Latino

**Primero Lenguaje hablado en casa:**  Inglés  Español  Otro (favor de indicar: \_\_\_\_\_)

**Segundo Lenguaje hablado en casa:**  Inglés  español  Otro (favor de indicar: \_\_\_\_\_)

**Habilidad:**  Poco  Moderado  Competente

**Preferencia de la Familia para Comunicación Escrita:**  Inglés  Español  Otro (favor de indicar): \_\_\_\_\_

**Estatus Parental:**  Un Padre  Dos Padres  Crianza  Non-Padre  Otro

**¿Tamaño Total de Familia?** \_\_\_\_\_  
 Madre  Padre  Numero de Niños  Otros Adultos (edad 18+) Cuantos?

**Estado de la Vivienda:**  Propia Casa  Renta Casa/Apartamento/Casa Móvil  Viviendo con Amigos/Parientes Temporalmente \_\_\_\_\_  
 Viviendo en un Albergue  Viviendo en Hotel/Motel  Otro (explica) \_\_\_\_\_

**¿Recibe su familia ayuda de cualquiera de los siguientes?**  Work First Family Assistance  TANF  SSI  
 Cupones Alimenticios  Medicaid por medio de Work First  Precio Gratis/Reducido de Comida Escolar

### ADULT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Primer Nombre y Apellido Anotar Adulto Principal Primero	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	(D1) Nivel de Educación	(D2) Estado Laboral	(D3) Notas Nombre de Empleador, O Ocupación
		M F				
		M F				

<u>Códigos de Estado Civil</u>	<u>D1 – Nivel de Educación</u>	<u>D2- Estado Laboral</u>
S – Soltero (a) M – Casado(a) D- Divorciado(a) DS- Esposo(a) Desplegado(a) Otro _____	G9 = Grado 9(o menos) GED AA = Asociado G10 = Grado 10 COL = Algo de Colegio BA = Bachelors G11= Grado 11 DRP = Dejo de Estudiar MA = Masters STU = High School HSG = Graduado de preparatoria	U= Desempleado(a) T= Estudiante en Escuela F= Trabaja Tiempo Completo P= Trabaja Tiempo Parcial B= Estudiante Tiempo Completo L= Estudiante Tiempo Parcial M=Afuera por Razones Médica R= Jubilado(a)/Discapacidad S= Trabaja Temporal Otro

**¿Si esta empleado(a), cuanto tiempo tiene la madre (o Cuidador principal) en su trabajo actual?**  
 < 90 días  3–12 meses  13-18 meses  19-24 meses  más de 2 años

**¿Si esta empleado(a), cuanto tiempo tiene el padre (o cuidador secundario) en su trabajo actual?**  
 < 90 días  3–12 meses  13-18 meses  19-24 meses  mas de 2 años

**¿Si esta sin empleo, está buscando trabajo actualmente?**  yes  no

### Información Demográfica del Niño(a)

Primer nombre y apellidos de niños en el hogar	Fecha de Nacimiento	Sexo	(D1) Pariente de	(D2) Pariente como	(D3) Notas Escuelas que los hermanos asisten ( primaria, secundaria, preparatoria, etc.)
C01 -----solicitante del programa-----	-----	-----			
C02		M F			
C03		M F			
C04		M F			
C05		M F			
C06		M F			
C07		M F			

<u>(D1) Códigos Relativos</u>	<u>(D2) Pariente Como</u>	<u>(D3) Códigos de Estado de Participación</u>
A01 – Adulto Primario A02 –Adulto Segundo B12 – Ambos Adultos (Incluye Padrastras/Madrastas)	C = Hijo Natural F= Hijo de Crianza G = Nieto(a) N= Sobrino(a)	A= Niño Solicitado Y= Demasiado Joven N= Elig. Próximo Año. O= Paso el Edad de Calificación

### Información Adicional



**REVISION DE VERIFICAION DE INGRESO DEL SIGUIENTE Y DE ELEGIBILIDAD:**

*Ser llenado por Administrador NC Pre-K Contrato SOLAMENTE*

*Basado en Revisión de Verificación de Ingreso del Siguiente:*

*Basado en la Revisión de la siguiente Verificación de Ingresos (verifique los documentos presentados)*

\_\_\_\_\_ *Registros de impuestos (W-2's, 1040- línea 7) o Horario (Schedule) C Beneficio o pérdida de los negocios, línea 7 Ingreso bruto menos 20% (trabajadores independientes)*

\_\_\_\_\_ *Talones de pago de un Mes ( si es pago semanal – 4 talones de pago; si es por quincenal O' bimestral- 2 talones de pago; si es mensual – 1 talón de pago del mes ).*

\_\_\_\_\_ *Talones de pago*

\_\_\_\_\_ *Enviar cartas de la Administración del Seguro Social*

\_\_\_\_\_ *Promesas de la Comisión de Seguridad del Empleo*

\_\_\_\_\_ *Declaraciones escritas del empleador*

\_\_\_\_\_ *Declaraciones firmadas cuando el individuo dice no tener un ingreso contable verificable*

**ESTE NINO(A) ES CONSIDERADO(A) \_\_\_\_\_ ELIGIBLE \_\_\_\_\_ IN-ELIGIBLE para NC Pre-K \_\_\_\_\_**

*Verificación Completada por:* \_\_\_\_\_

*Revisado por:* \_\_\_\_\_

**PADRE / TUTOR - FAVOR DE LEER Y FIRMAR**

Entiendo que esta es una solicitud de los servicios ofrecidos y no constituye la inscripción en cualquier programa. Yo certifico que la información dado en esta aplicación es verdadero y correcto y todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que esta información estoy dando por recibir fondos federales de del estado; que oficiales puede verificar la información en esta aplicación; y que falsificación deliberada de la información puede sujetarme a prosecución bajo leyes federales y/o del estado.

La información en esta aplicación puede ser usada solamente para determinar elegibilidad por el programa de NC Pre-K de Carlina de Norte North. Entiendo que estoy dando mi información que demuestra que estoy aplicando porque mi hijo será considerado por cualquier programa. La administración del programa puede verificar la información en este formulario con todas las entidades reportadas (incluyendo el Programa de Niños Excepcionales, el Departamento de Salud del Condado de Wayne, etc.) Yo renuncio a mis derechos a la confidencialidad para estos propósitos solamente.

El Programa NC Pre-K requiere como mandato que el siguiente se completó dentro de 30 días después de que un niño entre en el Programa NC-K: Examen Físico, incluye audición, visión y exámenes dentales, y la tarjeta de vacunas. Si su hijo/a no tiene los exámenes de audición y visión necesarios anotados en el examen físico antes de la colocación, su hijo puede ser examinado en el sitio que sea instalado. Estas proyecciones no están garantizadas; Es su responsabilidad asegurarse las proyecciones para su hijo/a para cumplir con el mandato estatal. Los exámenes de Desarrollo y Social / Emocional deberán ser completos dentro de los primeros 90 días de inscripción.

Entiendo que mi hijo/a puede ser considerado “elegible” para el programa, pero puede ser colocado en la lista de espera ya que hay más solicitantes que espacios.

Entiendo que sí mi hijo será elegido(a) a participar en el programa, participación de padres será crítica para el logro de mi hijo(a). Yo / nosotros comprometemos a participar como requerido por los criterios del programa. También entiendo que, a menos que ya esté completado en un examen físico actual, mi hijo puede recibir exámenes de audición y visión en el sitio de colocación. En última instancia, es mi responsabilidad como padre asegurar que los exámenes sean completados.

Estoy de acuerdo en permitir que todos y cada uno de los documentos relacionados con la inscripción de mi hijo en el programa sean compartidos entre las agencias colaboradoras según sea necesario para el cuidado de mi hijo.

Certifico que soy el padre / guardián del niño para de quien se está haciendo esta solicitud. Si se solicita, toda la información relacionada con el niño se proporcionará a ambos padres / guardianes a menos que la documentación legal establezca lo contrario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre (Cuidador Principal) (requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Partnership for Children  
(919)735-3371

Firma del Padre (Cuidador Segundo) (sí aplica)



Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador (requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Verificaciones:**

<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento del Niño (Certificado, Médico, Biblia de Familia)	<input type="checkbox"/> Verificación de Ingresos (talones de cheques, LES, Manutención del niño, otro)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicaid o Seguro Médico Privado del Niño	<input type="checkbox"/> Verificación de Necesidades Especiales del Niño, si aplica (IEP Completo y reciente, Registros Médicos, Plan de Acción, Carta del Organización apropiada)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Vacunas del Niño	<input type="checkbox"/> Documentación de falta de vivienda ( si corresponde )
<input type="checkbox"/> Fecha de Examen Físico: _____ H _____ V _____ D _____	<input type="checkbox"/> Otro: